

	PROCEDURA AZIENDALE “CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 1 di 9
---	---	--

PROCEDURA AZIENDALE

“CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”

	Nome e Cognome	Funzione
Redazione	Dr. Giuseppe Bertozzi	Referente GRCB – Coordinatore GAC
	Dr.ssa Michela Ferrara	Specialista Medico Legale Esterno
	Dr. Aldo Di Fazio	Direttore SIC Medicina Legale
Verifica e Approvazione	Dr. Giovanni Vito Corona	Direttore Dipartimento Post-Acuzie e Continuità Ospedale Territorio
	Dr. Sergio Molinari	Direttore Distretto della Salute di Potenza
	Dr. Luigi D’Angola	Direttore Sanitario – Presidente GAC

INDICE

“CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”

- Premessa** **pag. 3**
- Requisiti** **pag. 5**
- Modalità operative** **pag. 6**
- Dubbi e Segnalazioni** **pag. 9**
- Bibliografia** **pag. 9**

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	PROCEDURA AZIENDALE “CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 3 di 9
---	---	--

1. Premessa

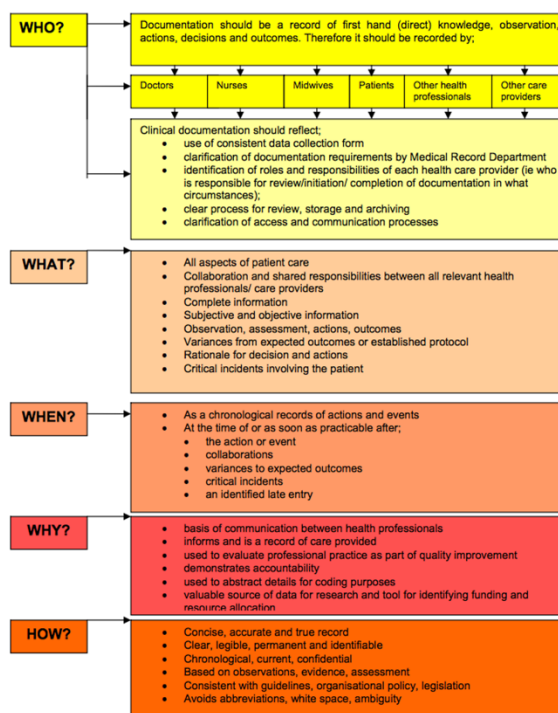
La legge Gelli riporta “La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e **l'utilizzo appropriato** delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale ...” e dedica l'intero articolo 4 alla trasparenza dei dati.

Il dato sanitario per eccellenza è la “cartella clinica” definita dal Ministero della Salute come “lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente ed a un singolo episodio di ricovero”.

La cartella clinica si può definire come il **fascicolo** nel quale si raccolgono i dati anamnestici e obiettivi riguardanti il paziente ricoverato, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati delle ricerche e delle analisi effettuate, quelli delle terapie praticate e infine la diagnosi della malattia che ha condotto il paziente in ospedale. È pertanto, un documento la cui sostanza è, evidentemente, **diventata multidisciplinare e la sua corretta tenuta compito di tutti i professionisti della salute.**

Le linee guida prodotte dalla OMS nel 2007 identificavano le caratteristiche formali e sostanziali della documentazione sanitaria:

Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation



Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation
WHO-SEARO coding workshop September 2007

Una documentazione appropriata promuove:

- un elevato standard di assistenza clinica
- continuità delle cure
- migliore comunicazione e diffusione delle informazioni tra e attraverso i fornitori di servizi
- un resoconto accurato del trattamento, dell'intervento e della pianificazione delle cure
- miglioramento della definizione degli obiettivi e della valutazione dei risultati delle cure
- miglioramento della rilevazione precoce dei problemi e dei cambiamenti nello stato di salute
- evidenza delle cure del paziente.

La documentazione di un medico dovrebbe essere in grado di dimostrare:

- un resoconto completo della valutazione del paziente da parte del medico e delle cure pianificate e fornite

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	PROCEDURA AZIENDALE “CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 5 di 9
---	---	---

- informazioni pertinenti in relazione alle condizioni del paziente in un dato momento e agli interventi e alle azioni intraprese per raggiungere i risultati sanitari identificati e/o rispondere a eventi avversi reali o potenziali
- prove che il professionista sanitario ha adempiuto al proprio dovere di diligenza e ha preso tutte le decisioni e le azioni ragionevoli per fornire il più alto standard di assistenza
- prove che il professionista sanitario ha adempiuto al proprio dovere di diligenza e che eventuali azioni o omissioni non hanno compromesso la sicurezza del paziente o i risultati sanitari identificati
- un registro di tutte le comunicazioni con altre persone pertinenti in relazione al paziente.

Tale necessità di produrre una documentazione sanitaria “di qualità” è relata, inoltre, al fatto che studi di letteratura dimostrino come pazienti in degenza ospedaliera con documentazioni sanitarie migliori hanno una più bassa mortalità e ricevono più EBM (medicina basata sull’evidenza), nonché, sebbene non sia di interesse in questo ambito specifico, riduce il contenzioso medico legale.

Il presente documento, quindi, richiamando i principi, anche giuridici e deontologici a cui i professionisti sanitari sono richiamati, è, inoltre, occasione per introdurre misure di prevenzione e gestione in cui ricadono: la Raccomandazione n. 18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli; la Raccomandazione n. 12 - Raccomandazione per la Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”; Raccomandazione n. 7 – Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, che considera l’uso di abbreviazioni come uno dei fattori contribuenti al verificarsi degli eventi avversi.

2. Requisiti

Requisiti formali:

- Intelleggibilità della grafia
- Descrizione della epicrisi
- Precisazione fonte anamnesi

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	PROCEDURA AZIENDALE “CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 6 di 9
---	--	---

- Modalità di acquisizione del consenso
- Disposizione cronologica dei rilievi
- Correzione adeguata errori materiali

Requisiti sostanziali

- **Veridicità**

Consiste nella conformità di quanto descritto dal medico (o da altro operatore sanitario) con quanto direttamente constatato.

- **Chiarezza**

Consiste nel redigere l'attestazione scritta in modo esattamente e compiutamente comprensibile.

- **Completezza, Rappresentatività**

La necessità di rappresentare una realtà clinica direttamente riferita al caso, e non alla tecnica impiegata, esclude una descrizione limitata ad una dizione generica di un intervento medico o chirurgico.

- **Contestualità, Tempestività**

Il fatto clinico registrato nella cartella deve essere annotato in modo coevo al suo verificarsi (Cass. Pen., Sez. V, 11 novembre 1983, n° 476). La cartella clinica per "sua natura è un acclaramento storico contemporaneo". Le annotazioni vanno pertanto fatte contemporaneamente all'evento descritto. Deve essere redatta in pendenza di degenza e secondo la sequenza cronologica della registrazione di eventi. La contestualità può non essere intesa in maniera rigorosa, ma nel rispetto di alcuni limiti temporali, quali un equo tempo di riflessione clinica, il rispetto della sequenza cronologica nella registrazione degli eventi e l'estensione in pendenza di degenza.

3. Modalità operative

Le cartelle facili da consultare sono ordinate, essenziali, senza eccessivi elementi di distrazione (simboli, colori), senza definizioni gergali, abbreviazioni o salti logici, con un ordine definito

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	PROCEDURA AZIENDALE “CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 7 di 9
---	--	---

(cronologico, consequenziale, per problemi, per categorie), standardizzate. Le documentazioni complete prevedono la compilazione di tutte le sezioni riportate con riconoscibilità (firma / timbro) del sanitario che lo ha effettuato.

Evitare la prescrizione verbale!!

La prescrizione verbale (compresa quella telefonica) della terapia farmacologica è sconsigliata perché genera facilmente errori, e limitata alle situazioni di emergenza/urgenza.

In caso di prescrizione verbale (ammessa dalla procedura aziendale) si ricorre al *read back/repeat back*: il medico, dopo aver chiesto l'identificazione dell'interlocutore (altro medico, infermiere) incaricato alla somministrazione, comunica la prescrizione specificando il nome del farmaco, il dosaggio, la posologia, la via di somministrazione. Se sono previste operazioni di diluizione (ad esempio, uso di farmaci per via endovenosa) va aggiunta l'indicazione del diluente e del volume.

L'interlocutore ripete tutta la prescrizione verbale e chiede conferma; il medico prescrittore conferma la prescrizione oppure ripete l'indicazione in caso di informazioni errate.

Ai fini della tracciabilità, si deve documentare e firmare chiaramente *l'ordine verbale* nella cartella clinica e in altra documentazione sanitaria il prima possibile, annotando nome e cognome del prescrittore, data e ora in cui viene effettuata la comunicazione.

A tal proposito si ricorda di prestare attenzione affinché le prescrizioni (in particolare quelle “personalizzate” cioè relative a farmaci richiesti dal reparto direttamente alla Farmacia per un determinato paziente) risultino complete con tutti i riferimenti del paziente e del farmaco. Riportare il nome del farmaco o il nome del principio attivo in base a quanto stabilito dalla procedura aziendale, (è preferibile, comunque, riportare sempre il principio attivo piuttosto che il nome commerciale del farmaco inserito nel Prontuario Terapeutico Aziendale, (PTA), la forma farmaceutica, l'esatta concentrazione, la posologia e in alcuni casi l'età e il peso del paziente (la maggior parte degli errori di dosaggio si verificano in pediatria e geriatria;

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	PROCEDURA AZIENDALE “CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 8 di 9
--	---	---

età e peso, inoltre, possono aiutare il farmacista a dissolvere dubbi nella verifica del farmaco richiesto e del dosaggio).

Evitare abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli!! Riportare tutto per esteso.

In particolare:

- scrivere il nome del principio attivo per esteso;
- lasciare uno spazio tra nome e il dosaggio;
- lasciare uno spazio tra il dosaggio e l'unità di misura;
- riportare l'unità di misura per esteso;
- evitare sigle relative alla modalità d'azione, a meno che le stesse non siano riportate nella confezione del farmaco;
- usare i numeri arabi (ad esempio, 1, 2, 5, 10, 100, 500, 1.000) e non quelli romani (ad esempio, I, II, V, X, C, D, M);
- non mettere lo zero terminale dopo la virgola per le dosi espresse da numeri interi (ad esempio, scrivere 1 mg invece che 1,0 mg in quanto potrebbe essere confuso con 10 mg);
- scrivere sempre lo zero prima dei decimali inferiori ad un'unità (ad esempio, scrivere 0,5 g);
- usare il punto per separare i tre zeri delle migliaia o usare parole come 1 milione per favorire la corretta interpretazione (ad esempio, 1000 unità va scritto 1.000 unità);
- evitare schemi posologici ambigui, ma precisare, senza abbreviazioni e sigle, l'esatta periodicità dell'assunzione (ad esempio, “due volte al giorno” ha significato diverso per l'assunzione di un antibiotico da somministrare ad intervalli determinati come “ogni 12 ore” rispetto ad un antiacido da assumere a pranzo e a cena);
- evitare l'uso delle frazioni (ad esempio, ½ compressa ovvero “metà compressa” può essere frainteso con 1 o 2 compresse) e sostituire, ove possibile, il farmaco con altra forma farmaceutica avente il dosaggio necessario;

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	PROCEDURA AZIENDALE “CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA”	Edizione 13.11.2024 Revisione n.0 13.11.2024 Pag. 9 di 9
--	---	--

- evitare, nella scrittura manuale, i simboli + più; = uguale; ≤ minore o uguale; ≥ maggiore o uguale, in quanto possono essere confusi con numeri e quindi indicarli con le lettere;
- evitare le abbreviazioni in latino (ad esempio, la dicitura *os* scambiata per occhio oppure orecchio sinistro) e quelle in lingua inglese;
- prestare attenzione alla gestione dei farmaci al momento del ricovero e della dimissione. In particolare, all'atto della dimissione, devono essere fornite ai pazienti informazioni scritte che riguardano le indicazioni, le modalità di assunzione e conservazione ed eventuali interazioni (anche con alimenti).

4. Dubbi e Segnalazioni

Per qualsiasi dubbio, si può contattare la UOSD di Medicina Legale e Rischio Clinico dell'ASP.

Alla medesima struttura andranno inviate segnalazioni relative ad eventi sentinella, errori, near miss, rischi che possano conseguire alla terapia farmacologicamediante procedura di incident reporting aziendale.

5. Bibliografia

Guidelines for medical record and clinical documentation, OMS 2007

Raccomandazione n. 18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;

Raccomandazione n. 12 - Raccomandazione per la Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”;

Raccomandazione n. 7 – Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

Cassazione Penale